This Page Is Inserted by IFW Operations and is not a part of the Official Record

BEST AVAILABLE IMAGES

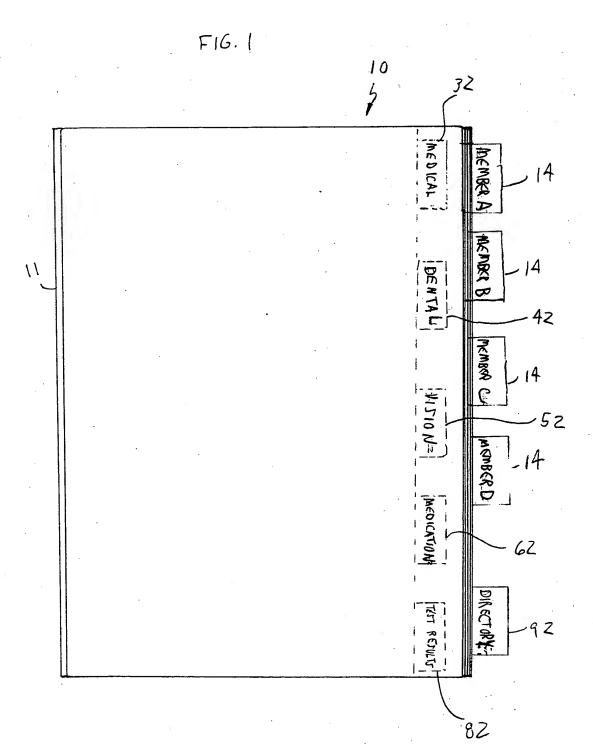
Defective images within this document are accurate representations of the original documents submitted by the applicant.

Defects in the images may include (but are not limited to):

- BLACK BORDERS
- TEXT CUT OFF AT TOP, BOTTOM OR SIDES
- FADED TEXT
- ILLEGIBLE TEXT
- SKEWED/SLANTED IMAGES
- COLORED PHOTOS
- BLACK OR VERY BLACK AND WHITE DARK PHOTOS
- GRAY SCALE DOCUMENTS

IMAGES ARE BEST AVAILABLE COPY.

As rescanning documents will not correct images, please do not report the images to the Image Problem Mailbox.



t W			•		
ωV		Name: _			·
N EMBÉR		Birthdate: _		SS#:	
K		D 4110444			
		Bloodtype: _			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
		Allergies: _			
					<u> </u>
		Special Conditions:			
		-			
	e de la company				
	* a # P	Notes:			
	Ter and			·	 :

	40.00	•			
	e annual State	-		•••	
	and the second				
	april mark				
	1 2 2 8				
		:			
					-
	1			•	

F16.2

	. .					
					F16.	2
	Туре	Jmmuns Date	ization Re	cord Date	<u>Date</u>	
	<u> </u>		<u>Date</u>	<u>Date</u>	Date	
	·	·				
/ -						1
/ - 2	·			·		
· -						
-						
_		<u> </u>				
_						00
_						
_						
		· .		· .		
		-	<u> </u>			

36	Medical	,38
# <u>M</u>	Date:	Medication
Purpose:		
Physician:	Clinic/Hosp:	
Diagnosis:		
Treatment:		
Follow-up:		
# M	Date:	Medication
Purpose:		
Physician:	Clinic/Hosp:	
Diagnosis:		
Treatment:		
Follow-up:	•	
# M	Date:	Medication
Purpose:		
Physician:	Clinic/Hosp:	•
Diagnosis:		
Treatment:		
Follow-up:		

FIG.4

43

	Co	oth Histo	ry	
·	<u>Tooth</u>	<u>ln</u>	Out	
e primitipo meti ^{lis}				
: :		 ·		
Right To All States to		 ·		
	··			-
en e		-		
				
	 -			-
			 	
e en region de la compart			i.	
				
	. — -			-
	:: 			- 110
——————————————————————————————————————				
22 - AND EDGE - 17				
				
10-10-10				
2	***************************************			- 74
27				
= 28 1 23 25 24				

FIG. 5

46	4	Dental	عك فككاف فاردة المخوافي وربها	, 48	
# D	Date:		٠	Medication	
Purpose:	_				
Dentist/Ortho:		•			
Diagnosis:		•	X-Ray:		
Treatment:					
Follow-up:					10
#D	Date:			Medication	
Purpose:				·	
Dentist/Ortho:					
Diagnosis:	= '	. •	X-Ray:		
Treatment:	•				
Follow-up:		<u></u>	a de la compansa de l		
# D	Date:			Medication	
Purpose:					
Dentist/Ortho:	•				
Diagnosis:			X-Ray:		
Treatment:	•	•			
Follow-up:		D. V			
# <u>D</u>	Date:			 Medication	
Purpose:		:			
Dentist/Ortho:				•	
Diagnosis:			X-Ray:		
Treatment:					
Follow-up:		,			

F16. 6

	Vision Histor							
Tracker of		L	FT EYE (O	.S.)	RIG	HT EYE (O.	D.)	
	<u>Date</u>	Sphere	Cylinder	<u>Axis</u>	Sphere	Cylinder	Axis	
-		<u> </u>			i			
					4			
	•				<u> </u>			
	<u>.</u>	<u>:</u> ——			i			
		:	•		;			
- 1500 -		<u> </u>			i	 		
- 1				;				
		<u>:</u>						
-			 -			·		
		:			:			
_				:	i			
		•		-	•			
_					İ		.	
S -				:	·			
)				
	:		<u> </u>		:			X 2 2 10
_					<u> </u>			
_					:			
	 :				! ———			
							•	
	•							
	 [
1-2-31.0 510-12-1	i			. :				
	:							
				:				
27. Graft								
						 -		
(44) <u> </u>					· .	<u> </u>		
	!			—— į	 -			
							:	

FIG.7

	van aan diwam	na a c <u>reeswin</u> eessaala chelele		
	,56	Vision	158	
	# <u>V</u>	Date:	Medication	
	Purpose:]	
	Physician:			
	Diagnosis:		; ;	
	Treatment:			
	Follow-up:		···	
	# <u>V</u>	Date:	Medication	
	Purpose:		;	
	Physician:			
	Diagnosis:			152
	Treatment:	·		
	Follow-up:			8
	# <u>V</u>	Date:	Medication	
	Purpose:			
	Physician:			
	Diagnosis:			
	Treatment:			
	Follow-up:	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	·	
	# <u>V</u>	Date:	 Medication	
	Purpose:			
31.00 51.00 10.00	Physician:			
	Diagnosis:			
	Treatment:		i	
	Follow-up:			

F16.8

66	Medication	-72	
Medication:			
Astructions:		-	
Date: Q	ty: Refill Info:	-	
Pharmacy:	Phone #:		
Prescription #:	Prescribed By:	-	6
Comments:		Ref.#	
ノ· ·			1 7
Medication:			
	ty: Refill Info:		1
	Phone #:		
Prescription #:	Prescribed By:		
omments:		Ref. [#]	
Medication:	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
Instructions:			.
Date: Q	ty: Refill Info:		36
Pharmacy:	Phone #:	<u> </u>	
Prescription #:	Prescribed By:		(C)
Comments:	* .	Ref. [#]	DICATION
Medication:		·	NON
	ty: Refill Info:		
	Phone #:		.
•	Prescribed By:		ĺ
Comments:		Ref.#	

F.16.9

\neg	_
/	/

Ref#

	, ———		
	į		
	1		
•	ĺ	•	
	-		
	İ		
	ļ	•	
			•
			
	1		
			<u> </u>
	1		
	i ———		
	į		
	į		
		.*	•
02.		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
0 - :	i	•	
	i		
()	1		
_1			
	•		
1 🛪	l ———		
1 2			
 }	1	•	
MEDICATION		<u> </u>	
1	•	,	
1 =			
10			
l W		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
≥	. [
	į		
	ļ ———		
	}	•	
	i		

Surgeries & Hospitalizations

Description

<u>Date</u>

F16.10

	Blood Type:						
<u>Date</u>	<u>Location</u>	Amount	<u>Date</u>	Location	Amount	· ·	
				·			
							
						Service Contraction of the contr	
		-à-		· · · · ·			
-			•				
<u> </u>							
 ·						Mark.	
							
							
<u> </u>							
			· · · · · · ·				
	_						
		7					
					*		

df

F16.11

	8 4 N					
6	Type of Test:	Result Type	Result Type	Result Type	Result Type	
·\-	Date	:			: 	
ļ	Date					
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	,	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	<u> </u>		18
			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
						
. !						
	1				·	
	·			·		
		· · ·				78
.						
-						1
			<u> </u>			
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				<u> </u>	
						
					·	

F16.12

	·	Groomer, etc.		
1.	Name:			·
4			•	
	City:	State:	Zip:	
	1			
		-		
				-
	Name:			
	Address:			
	City:	State:	Zip:	
	Phone#:		• •	
	Type:		. •	<u>. </u>
	Comments:	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
		·		<u></u>
a de la companya de	-	•		
	Name:	·	·	 .
arrasen en era	Address:		٠.	_
	City:	, State:	Zip:	
	Phone#:		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	 ;
	Type:		- 	
	Comments:		<u> </u>	
proposition of the first state of the				
		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		

)